Aus der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Bedburg-Hau
Direktor: Provinzialobermedizinalrat Dr. Trapet

Über die sogenannten Puerperalpsychosen

(Klinisches Bild, Verlauf und erbbiologische Beurteilung)

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von

Maria Heß

aus Kleve

1938

Druck von Fr. Boss Wwe. K-G., Kleve

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Psychosen, die im Wochenbett auftreten, zeigen eine Fülle von Symptomen und ätiologischen Beziehungen, sodaß eine Beurteilung in klinischem oder eugenischem Sinne auf große Schwierigkeiten stößt. Seit das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in Kraft getreten ist, sind die geistigen Störungen der Wöchnerinnen wieder mehr in den Blickpunkt des psychiatrischen Interesses gerückt, wie die in den letzten Jahren herausgekommenen Arbeiten von Steinmann, Roemer, Schroeder und Schmittmann zeigen. Der Frage aber, welche Bedeutung man dem Wochenbett für die Entstehung geistiger Störungen überhaupt beilegen soll, kann man nur mit größter Reserve entgegentreten.

Zur Häufigkeit des Vorkommens von Psychosen im Wochenbett sei noch folgendes bemerkt:

An einem Material von 19 910 Geburten hat Engelhardt festgestellt, daß 0,14 Proz. der Wöchnerinnen psychotisch werden. Dabei muß man aber einmal berücksichtigen, daß nicht alle Fälle und besonders die leichter verlaufenden in die Hände des Psychiaters kommen, zum andern, daß Schwangerschaft und Wochenbett im Leben der Frauen eine gewichtige Rolle spielen und dementsprechend der Prozentsatz an Psychosen im Wochenbett einen nicht unerheblichen Anteil bei den Anstaltsaufnahmen bilden. Letzten Endes sind ja auch Schwangerschaft und Wochenbett eine Belastung sowohl in physischem wie in psychischem Sinne, und daß sich in Zeiten biologischer Krisen wie Pubertät, Wochenbett und Klimakterium, in denen große Umwälzungen im Stoffwechselhaushalt des Körpers vor sich gehen, der Organismus in einem Zustande verminderter Widerstandsfähigkeit befindet und deshalb leichter mit abnormen Reaktionen antwortet, ist klar.

In diesem Zustande beobachtet man seelische Abnormitäten, die einmal fließende Uebergänge ins Gesunde, zum anderen aber ins krankhaft Uebersteigerte zeigen. Hierbei hat man zu unterscheiden zwischen den angeborenen und den gewordenen seelischen Abnormitäten. Zu den ersteren rechnet man die angeborenen Abnormitäten der Intelligenz, vor allem die negativen, ferner die angeborenen Abnormitäten der Persönlichkeit, die man klinisch meist als psychopathische Persönlichkeiten zusammenfaßt. Bei den gewordenen seelischen Abnormitäten gibt es theoretisch zwei Möglichkeiten. Entweder handelt es sich um die Folgen von primären, unmittelbaren Gehirnkrankheiten, wie z. B. die Paralyse, oder um die Folgen von sekundären, mittelbaren Gehirnkrankheiten, zu denen fieberhafte Prozesse und äußere oder innere Vergiftungen gehören. Gerade diese sekundären Gehirnkrankheiten sind eine häufige Komplikation im Wochenbett. Zu den gewordenen seelischen Abnormitäten gehören dann weiterhin die beiden großen Formenkreise der Schizophrenie und des Manisch-depressiven Irreseins. Theoretisch sind auch sie die Folgen mittelbarer oder unmittelbarer Gehirnkrankheiten, wohin sie aber tatsächlich gehören, weiß man nicht.

Die gewordenen seelischen Abnormitäten machen nun auch den Hauptanteil bei den Psychosen im Wochenbett aus, und sie sollen auch einer gesonderten Betrachtung unterworfen werden.

Für die vorliegende Arbeit wurden aus dem Material der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg-Hau sämtliche Fälle seit Bestehen der Anstalt (1911) herausgesucht, bei denen nach vorausgegangenem Partus Geistesstörungen beobachtet wurden, bezw. solche sich aus der Vorgeschichte eruieren ließen. Die Fälle erstrecken sich also zum Teil über einen sehr großen Zeitraum. Mittels eines Fragebogens wurden — soweit möglich — katamnestische Untersuchungen angestellt, bezw. wurden, soweit sie der Fürsorgeabteilung der Anstalt unterstanden, deren Angaben benutzt. Als Wochenbett wurde nicht, wie klinisch üblich, der Zeitraum von sechs Wochen post partum gewertet, sondern auch die Fälle wurden einbezogen, bei denen erst zu einem späteren Zeitpunkte die Psychose so kritisch wurde, daß Anstaltsbehandlung erforderlich war, krankhafte Symptome sich aber schon vorher im Anschluß an den Geburtsvorgang gezeigt hatten.

Insgsamt sind es 180 Fälle, die sich auf folgende Geisteskrankheiten verteilen:

1. Schizophrenie	96
2. Defektlos abgeheilte Psychosen	49
3. Man.-depressives Irresein	18
4. Eklampt. Psychosen	5
5. Epilepsie	2
6. Paralyse	3
7. Angeborener Schwachsinn mit Erregungszuständen	4
8. Psychopathie	3

Aus der Aufstellung geht hervor, daß praktisch alle Geisteskrankheiten im Wochenbett beobachtet werden. Den weitaus größten Anteil aber mit über 50 Proz. hat dabei die Schizophrenie; an zweiter Stelle kommen die defektlos abgeheilten Psychosen, bei welchen sich größtenteils greifbare exogene Faktoren wie infektiöse oder toxische Prozesse und erschöpfende Vorgänge verschiedener Genese wie lange Geburtsdauer, großer Blutverlust etc. feststellen lassen.

Die defektlos abgeheilten Psychosen, bei denen exogene Momente eine wichtige Rolle spielen, zeigen vielfach auch eine schizophrene Symtomenfärbung.

Aber auch in fast der Hälfte aller Fälle von Schizophrenie war kein normaler Geburts- oder Wochenbettverlauf. Hier entstehen nun die diagnostischen Schwierigkeiten. Hat man greifbare exogene Schädlichkeiten wie die vorhin genannten, so ist genau abzuwägen, inwieweit diesen Faktoren eine ursächliche Bedeutung zukommt, so daß man von exogenen Pschosen sprechen kann, oder ob sie nur ein aggravierendes Moment beim Zustandekommen einer anlagemäßig bedingten Geisteskrankheit sind, so daß ihnen nur eine auslösende Rolle zukommt.

Unter welchen klinischen Bedingungen darf überhaupt praktisch von einer Auslösung einer Psychose gesprochen werden? Zunächst muß das auslösende Agens irgendwie eingreifend sein, und zwar derart, daß man ihm einen Einfluß in biologischem Sinne zutraut. Der Vorgang darf im Körperhaushalt nicht gleichgültig sein, er muß eine Veränderung, eine Umwälzung bewirken, oder aber das Gehirn muß unmittelbar getroffen sein. Alle diese Noxen sind gewissermaßen unspezifisch, sie wirken nur dadurch, daß sie die natürliche Widerstandsfähigkeit aufheben. Zu den Prozessen, die eine allgemeine Schädi-

gung bewirken, gehören die schon genannten exogenen Schädlichkeiten. Die gesetzten Schäden dürfen nicht zu tief gehen, denn sonst kommt es nicht zur Auslösung einer etwa bereitliegenden, anlagemäßig bedingten Psychose, sondern zur Verursachung einer exogenen.

Von den exogenen Noxen kommen für die Auslösung einer Psychose in erster Linie also solche inBetracht, die zwar eine gewisse Regulationsstörung im Körperhaushalt bewirken, die aber zu schwach sind, ein organisches Syndrom hervorzurufen. Diese Noxe hat die Bedeutung etwa eines unspezifischen Reizes; sie setzt die Widerstandskraft des Organismus herab und gestattet so der bereitliegenden Anlage, sich durchzusetzen.

Es kann aber auch der Fall eintreten, und das ist nicht selten in fieberhaften Wochenbetten, daß eine exogene Psychose einer Schizophrenie aufgepfropft ist. In der Regel kommt es dann zu einer Bewußtseinstrübung, die das charakteristische Merkmal exogener Psychosen bildet. Wenn aber die psychotischen Störungen wochenlang eine körperliche, insbesondere fieberhafte Erregung überdauern, so wird man immer an eine nur ausgelöste Psychose denken müssen, zumal sich auch meistens mit der Zeit die exogene „Uebermalung" verliert und schizophrene Syndrome dominieren. Die psychiatrischen Bestrebungen der Gegenwart gehen nun einmal dahin, die Ursachen der Geisteskrankheiten zu sondern in endogene, anlagebedingte und exogene. So entstand der exogene Reaktionstyp Bonhoeffers. Hierbei handelt es sich um eine Reaktion ursprünglich gesunder Gehirne auf Schädigungen, die im Laufe des Lebens einsetzen und nicht um eine krankhafte Anlage bestimmter Funktionssysteme. Zweifellos beanspruchen aber die exogenen Reaktionsformen Bonhoeffers durch Entstehung, Verlauf und eigenes klinisches Zustandsbild mit deliranten und amentiellen Formen eine Sonderstellung. Im allgemeinen aber zeigt sich es sich, daß die Geisteskrankheiten nicht ausschließlich der Ausdruck der einen oder der anderen dieser Reihen von Ursachen sind, sondern daß sie vielfach dem Zusammenwirken beider ihre Entstehung verdanken. Insbesondere ergibt sich meistens, daß das endogene Moment, die Disposition, als Grundlage selbst bei starken exogenen Schädigungen nicht zu entbehren ist.

Die Schizophrenie gehört nun mit zu den Erbkrankheiten; wir wissen, daß eine Anlage zur Schizophrenie gegeben sein muß, genaueres über den Erbgang wissen wir aber noch nicht. Bei der Schizophrenie versagen die Hilfsmittel der körperlichen Untersuchung; der Blick ist rein aufs Psychische gerichtet, die Diagnose rein aufs Psychische angewiesen. Die anderen, im engeren Sinne organischen oder symptomatischen Psychosen geben durch ihre körperliche Symptomatik schon leichter einen Hinweis auf die Aetiologie der Psychose. Aber die Psychopathologie der letzten Jahre hat gezeigt, daß die schizophrene Symptomatik, die schizophrene „Struktur", selbst in klassischer Weise gelegentlich auch bei anderen ätiologisch bekannten Erkrankungen vorkommt. Gerade die Psychosen, die im Wochenbett beobachtet werden, haben häufig schizophrenes Gepräge, aber Verlauf und Ausgang zeigen, daß es doch keine Schizophrenie gewesen ist. Besonders in der heutigen Zeit, wo bei den Sterilisierungsgutachten diese Fragen von größter Wichtigkeit sind, haben die erwähnten Erfahrungen wieder nahegelegt, bei der Diagnose einer Schizophrenie vor der schizophrenen Symptomatik wieder mehr auf den ganzen klinischen Verlauf zu sehen und die grundsätzliche Unheilbarkeit, den Zerfall der Persönlichkeit, zu

betonen. Die grundsätzliche Unheilbarkeit, bewegt sich dabei zwischen den beiden Extremen einer kaum merklichen Umbiegung der Persönlichkeit und den schwersten Defektzuständen katatoner Verblödung.

Wir sagen, es muß eine Anlage da sein, wenn es zur Manifestation einer Schizophrenie kommen soll. Wie stellen wir uns diese Anlage vor, und welche Rolle spielt das Wochenbett, wenn eine Anlage gegeben ist? Nach Bostroem ist der ursächliche Faktor „Anlage" eine Kraft, die in der Persönlichkeit schlummert und gewissermaßen mit der Persönlichkeit wächst. Zur Manifestation der Anlage, d. h. zur Erkrankung, kann es unter folgenden Bedingungen kommen: Entweder die Energie des Faktors Anlage erreicht im Laufe seiner naturgemäßen Entwickelung den Grad, der notwendig ist, um sich durchzusetzen, oder aber der Träger der krankhaften Anlage läßt in seiner Widerstandskraft akut oder allmählich nach. Beides kann im Wochenbett der Fall sein, und je nachdem, welche Spielbreite man dem Faktor Anlage und den äußeren, die Widerstandskraft lähmenden Einflüssen einräumt, gibt es da eine Unmenge von Varianten.

Einen anderen Standpunkt nimmt Bumke ein. Er geht davon aus, daß die schizophrenen Syndrome nicht spezifisch sind und auf alle möglichen Schädlichkeiten folgen können; daß ferner qualitativ gleiche Schädlichkeiten das eine Gehirn zu einer vorübergehenden heilbaren Psychose, das andere Mal aber zu einem länger dauernden oder gar unheilbaren Defektzustand veranlassen. Angewandt auf diese schizophrenen Prozesse würde das also bedeuten, daß Verlauf und Ausgang nicht mehr von der Zugehörigkeit zu dieser oder jener Krankheit allein abhinge, sondern von dem Kräfteverhältnis zwischen Organismus und krank machender Ursache. Bumke hat wiederholt darauf hingewiesen, daß zwischen gewissen schizophrenen und manchen symptomatischen Psychosen nicht nur in Bezug auf die Symptomatologie, sondern auch hinsichtlich der besonderen Umstände des Auftretens — (z. B. Wochenbett) — weitgehende Uebereinstimmungen bestehen, so daß sie sich häufig durch nichts anderes unterscheiden, als daß das eine Mal eine Heilung, das andere Mal aber eine faselige Verblödung erfolgt. (Auch Bonhoeffer weist auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten hin, indem er sagt, daß es tatsächlich kein einziges katatones Symptom gibt, das sich nicht auch bei den symptomatischen Psychosen fände.) So ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß manche schizophrene Krankheitsprozesse die schwerer verlaufenden oder unheilbar gewordenen Analogien derselben Krankheitsvorgänge sind, die bei geringerer Schädlichkeit oder bei widerstandsfähigerem Gehirn nur als symptomatische Psychosen in Erscheinung treten. Daraus wäre zu folgern, daß der prinzipielle Unterschied zwischen einer symptomatischen Psychose katatonen Gepräges und einer Katatonie schizophrener Zugehörigkeit aufgehoben wäre. Bumke vertritt die Ansicht, daß die schizophrenen Syndrome einschließlich der Defektzustände insgesamt nichts anderes sind, als eine bestimmte Form exogener Reaktionen, die, wenn auch nicht von allen, so doch von manchen Gehirnen für recht verschiedene Schädlichkeiten bereit gehalten werden. Er hat sie als schizophrene Reaktionsweisen zusammengefaßt und nach den Veröffentlichungen Bonhoeffers dessen exogenen Reaktionstypen eingeordnet. Darum streitet Bumke aber keineswegs eine vererbbare Kerngruppe von Dementia praecox ab. Weiterhin ist versucht worden, die Schizophrenien von der endogenen oder besser idiotypischen und exogenen

Seite her einzuengen. Krisch deutet an, daß sich dieses Vorgehen bei den Epilepsien als fruchtbar erwiesen habe und weist dabei auf den Bumke'schen Standpunkt hin, daß die Schizophrenien den exogenen Reaktionstypen einzuordnen seien. Krisch meint, daß die sich hierbei ergebenden Schwierigkeiten erleichtert würden durch Erweiterung des Begriffs der exogenen Reaktionstypen zu dem der organischen cerebralen Reaktionsweisen und schlägt vor, folgende Formen von Schizophrenien zu unterscheiden:

1. Vorwiegend idiotypische Schizophrenien.
2. Ueberwiegend exogene „symptomatische" Schizophrenien.
3. Kryptogene „genuine" Schizophrenien (ätiologisch negativ definierte).

Prinzipiell ähnlichen Gedankengängen folgt Kahn, welcher versucht, auf dem Wege der Erbforschung eine einheitliche Gruppierung aller schizophrenen Aeußerungsformen zu geben. Er bedient sich dabei einer etwas anders formulierten Nomenklatur und trennt neben den idiotypischen oder genuinen Schizophrenien und den schizoiden (idiotypisch unterlegten) Reaktionsweisen noch die schizoformen (exogenen) Reaktionsweisen ab, womit er schizophren aussehende Krankheitszustände bezeichnet, welche ohne Anwesenheit schizoider und schizophrener Anlagen zur Ausbildung kämen und durch die Art oder die Stärke einer infektiösen oder toxischen Noxe, durch die Lokalisation dieses oder jenen Hirnprozesses, durch Intensitätsunterschiede in der Lokalisation feinerer und gröberer Hirnprozesse teilweise oder ganz bedingt wären. Dieselben würden sich in breiter Front mit den schizophrenen Reaktionsweisen Bumkes berühren.

Ein Vergleich der beiden vorgeschlagenen Schemata ergibt Unstimmigkeiten, die erkennen lassen, daß eine Gruppierung sämtlicher Schizophrenien nach derartigen Gesichtspunkten nicht so eindeutig sein kann, wie es zunächst vielleicht den Anschein hat. So identifiziert Kahn im Gegensatz zu Krisch z. B. genuine und idiotypsche Schizophrenien. Ferner überschneiden sich seine schizoiden, idiotypisch unterlegten Reaktionsweisen mit Krisch's exogenen Schizophrenien, insofern er schizoide Pathoplastik verschiedenster Aetiologie (auch somatoreaktiv, z. B. auf toxischer, infektiöser, hirntraumatischer Grundlage) in erster Linie auf eine schizoide Konstitution zurückführt. Unter schizoformen Reaktionsweisen versteht Kahn dann nur die „im eigentlichen Sinne" exogenen Schizophrenien, das was Bumke mit seinen schizophrenen Reaktionsweisen meint.

Abgesehen davon, daß es oft wohl unklar bleiben muß, was den „im eigentlichen Sinne" exogenen Schizophrenien zuzurechnen ist, ist es praktisch oft unmöglich zu entscheiden oder bleibt doch zumindest sehr der subjektiven Auffassung unterworfen, was noch schizoide Pathoplastik oder schon schizoforme Reaktionsweise ist.

Bei den bis jetzt angeschnittenen Fragen liegt es klar auf der Hand, daß sie bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zu unübersehbaren Schwierigkeiten und vielleicht auch Härten führen würden. Der Versuch, ein größeres Schizophreniematerial nach ätiologischen Gesichtspunkten zu gruppieren, erweist sich nach dem heutigen Stande unseres Wissens leider als noch nicht durchführbar, und die Forderung, bei der Diagnose einer Schizophrenie von der schizophrenen Symptomatik wieder mehr auf den ganzen klinischen Verlauf zu sehen und die grundsätzliche Unheilbarkeit zu betonen, scheint durchaus gerechtfertigt.

Von diesem Standpunkt aus erfolgte auch die Einteilung des dieser Arbeit zugrunde liegenden Materials, indem zu den Schizophrenien nur die Psychosen, bei denen bei der Entlassung und als Ergebnis der Nachforschungen ein Defekt feststellbar war, gezählt wurden.

Betrachten wir nun die 96 Fälle von Schizophrenie gesondert, so war bei 78 die Psychose zum ersten Male im Wochenbett zum Ausbruch gekommen. Von diesen war bei 12 Anstaltsbehandlung wegen endgültiger Verblödung bis zum Tode erforderlich, in einem Fall trat erst nach 39jährigem Anstaltsaufenthalt der Tod ein, wobei die Psychose im ersten Wochenbett manifest geworden war. — Schroeder führt im Gegensatz dazu an einem allerdings kleinen Material an, daß die Schizophrenien im Wochenbett gewöhnlich nicht zu so schweren Defektsymptomen bis zur katatonen Verblödung neigen. —

In der Anstalt befinden sich noch 9; 57 wurden in die Familie entlassen. Von diesen 57 Entlassungen traten bei 31 erneute Schübe auf, in 9 Fällen noch ein- oder mehrmals im Anschluß an einen Partus, sodaß wiederum Anstaltsbehandlung erforderlich wurde.

Während des Anstaltsaufenthaltes verstarben von diesen 31 — zum Teil erst nach mehreren Jahren — 9.

In 8 Fällen führten die Nachforschungen zu keinem Ergebnis.

Die übrigen 18, die größtenteils aus den letzten Jahren stammen und sterilisiert worden sind, haben sich wieder ins Familienleben eingeordnet und zeigen mit Ausnahme von zweien keine gröberen psychischen Ausfälle. 2 davon verstarben.

Bei den restlichen 18 Fällen von Schizophrenie war die Psychose schon vorher manifest geworden und hatte zu Remissionen geführt. Weitere Schübe erfolgten ein- bezw. in 5 Fällen mehrmals im Anschluß an einen Partus, und in 9 Fällen, soweit es sich bis jetzt überblicken läßt, auch noch späterhin, nicht im Wochenbett. Es starben in der Anstalt 3 und außerhalb der Anstalt durch Suicid 1. Einer von den 18 Fällen befindet sich noch in der Anstalt, die übrigen sind in die Familie zurückgekehrt.

Mitteilenswert erscheinen wohl folgende 2 Fälle:

Fall 1: Frieda L., geboren am 15. 3. 1906. Keine Heredität. Normale Entwicklung. Im Alter von 19 Jahren im Anschluß an eine Grippe erstmalige Anstaltsbehandlung. Beginn der Psychose mit Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Keine Sinnestäuschungen. Dauernd teilnahmslos, niedergeschlagen, lebte in dauernder Angst, ging halbangezogen auf die Straße. Auf der Station das gleiche Zustandsbild. Patientin mußte mit der Sonde ernährt werden. Damalige Diagnose: Schizophrenie. Am 30. 5. 1925 wurde Patientin als gebessert entlassen.

Nach einem Monat erneute Aufnahme. War recht lebhaft und erklärte, sie habe zu Hause Dummheiten gemacht. Tischte allerhand durchsichtige Lügen auf, war meist laut und ausgelassen und zeigte ein albernes Benehmen. Wurde nach zwei Monaten als ungeheilt von Dementia praecox? beurlaubt.

1926 Heirat. Nach der zweiten Entbindung November 1927 Aufflackern der Psychose. In der Zwischenzeit soll Pat. bis auf zeitweise „Anfälle", die durch Wassertrinken kupiert wurden, unauffällig gewesen sein. Bei der Entbindung leichte Temperatursteigerung, die anhielt, Dauer der Psychose bis zur

Entlassungsfähigkeit 7 Wochen. Pat. war in der Zeit unruhig, läppisch, grimassierte, war unrein und halluzinierte. Die Diagnose lautete auf Schizophrenie. Dezember 1928 erneute Anstaltsaufnahme im Anschluß an eine Fehlgeburt. Nach 6 Wochen gebessert entlassen; klinisch dasselbe Verhalten wie vordem.

November 1929 erfolgte Sterilisation wegen rezidivierender Schwangerschaftspsychosen. 2 Monate später erneuter, einmonatiger Anstaltsaufenthalt.

1933 im Anschluß an eine Grippe 2 Monate, 1934 im Anschluß an Pneumonie ebenfalls 2 Monate Anstaltsbehandlung. Pat. bot immer dasselbe Bild und zeigte ein vorwiegend läppisches Benehmen. Sie wurde stets wenig gebessert entlassen.

Seit 1934 lebt Pat. wieder in der Familie. 1935 wurde noch einmal im Anschluß an eine Grippe eine auffällige psychische Veränderung festgestellt, sodaß nach Angaben der Angehörigen die Frau nicht allein gelassen werden durfte.

Im Oktober 1937 sind nach Bericht des behandelnden Arztes wiederum geistige Störungen aufgetreten.

2. Fall: Helene B., geboren am 17. 1. 1903. Keine Heredität. Normale Entwicklung. 1922 wurde Pat. wegen Nasen- und Rachenwucherungen operiert. Eine Zeitlang danach zeigte sie ein eigentümliches Wesen.

1923 wurde sie im Anschluß an eine Nasenoperation psychisch so auffällig, daß Anstaltsbehandlung erforderlich wurde, die 9 Monate dauerte. Damalige Diagnose: Schizophrenie.

1925 Heirat. 1930 wurden nach einer Regenbogenhautentzündung wiederum geistige Störungen beobachtet. Nach fünfmonatigem Anstaltsaufenthalt wurde Pat. gebessert entlassen.

1935 erfolgte die Geburt des dritten Kindes. Geburt und Wochenbett verliefen normal. Pat. stillte selbst einige Monate. Da Mastitis hinzukam, wurde das Kind abgesetzt. Danach kam es von neuem zum Ausbruch der Psychose. Pat. befindet sich noch in der Anstalt und bietet das Bild einer zerfahrenen Schizophrenie.

Eine Uebersicht des bisher Angeführten ergibt deutlich, daß dem Wochenbett eine Bedeutung in der Pathogenese der Schizophrenie doch wohl zukommt. Auch Bleuler sagt, daß Gravidität und Wochenbett einen Zusammenhang mit der Schizophrenie zu haben scheinen. Es gäbe zu viele Frauen, die in mehreren Wochenbetten oder in allen einen Schub ihrer Schizophrenie bekommen, als daß man wie Reichardt nur Zufall annehmen dürfe. Bleuler legt allerdings den Hauptwert auf psychische Zusammenhänge, die die Krankheit nicht bedingen, sondern manifest machen.

Man soll aber vor allem, wenn man eine Schizophrenie im Wochenbett diagnostiziert, nach Defektsymptomen suchen und hierauf das Hauptgewicht legen.

Im nächsten Abschnitt sollen die defektlos abgeheilten Psychosen einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Hierbei ist erforderlich, den ätiologischen Faktoren, die für das Zustandekommen dieser Psychosen verantwortlich zu machen sind, etwas näher nachzugehen.

Wie schon erwähnt, ist das Wochenbett häufig durch infektiöse und toxische Prozesse oder körperliche Erschöpfung kompliziert, und in der Psychiatrie sind die Psychosen, die ihre Entstehung exogenen Faktoren verdanken, als

symptomatische zusammengefaßt. Hier hat man ausschließlich Psychosen im Auge, die man unmittelbar auf mehr oder weniger akute Schädigung des Gehirns zurückführen muß, und zwar vor allem solche, bei denen das Gehirn erst sekundär auf dem Wege der inneren oder äußeren Vergiftung in Mitleidenschaft gezogen ist. Im folgenden seien nun einige Bemerkungen zu diesem Kapitel erlaubt.

Es ist das Verdienst Bonhoeffers, die Psychosen herausgestellt zu haben, bei deren Entstehung exogene Faktoren eine Hauptrolle spielen und durch die Aufstellung des exogenen Reaktionstypus eine Abgrenzung gegenüber den anderen Reaktionsweisen zu ermöglichen. Bonhoeffer fand, daß trotz der Mannigfaltigkeit der ursächlichen Bedingungen der Formenkreis der symptomatischen Psychosen ziemlich eng begrenzt ist und sich in bestimmten Typen darzustellen pflegt. Zwar hat sich die Annahme, daß spezifische Krankheiten wie Typhus, Scharlach, Diabetes, Influenza etc. ein der spezifischen Noxe entsprechendes pathognomonisches psychisches Bild bieten würden, als irrig erwiesen. Es ist ihm auch nicht entgangen, daß gelegentlich andere, sonst dem Formenkreis der Schizophrenie und dem manisch-depressiven Irresein angehörige Zustandsbilder unter exogenen Bedingungen auftreten. Er sprach daher von exogenen „Prädilektionstypen". Bonhoeffer stand mit seinen Lehren in Widerspruch zu Kräpelins Einteilung in Fieberdelirien, infektiöse Schwächezustände einerseits, bei denen eine toxisch-infektiöse Aetiologie angenommen wurde, und Erschöpfungspsychosen, denen Kollapsdelirien und die Amentia untergeordnet waren, bei denen er die Hypothese von der Reaktion eines mit unzulänglichem Ersatz arbeitenden „erschöpften" Gehirnes vertrat.

Bonhoeffer behauptete seinen Standpunkt dahin, daß diese Einteilung Kräpelins einer unbefangenen Prüfung des Gesamtmaterials nicht standhalten würde, und daß die natürliche Betrachtung der klinischen Verhältnisse keinen Anlaß und keine ausreichenden Grundlagen für eine Differenzierung in der von Kräpelin vorgeschlagenen Weise gäbe.

Eine ähnliche Anschauung wie die Bonhoeffers wurde durch Siemerling, Meyer, Räcke und Stransky vertreten.

Deshalb hält sich Bonhoeffer an das einzige Einteilungsprinzip, das nichts präjudiziert, an das symptomatologische, und grenzt eine Anzahl von Zustandstypen ab, die man in besonderer Häufigkeit als psychische Begleiterscheinungen der verschiedensten körperlichen Erkrankungen antrifft. Er beschreibt folgende Zustandsbilder, die sich am häufigsten im Anschluß an äußere Schädlichkeiten präsentieren: Einfache Delirien, halluzinoseartige Zustandsbilder, epileptiforme Zustandsbilder, symptomatische Stuporzustände, Amentiabilder, bald mehr inkohärenten, bald katatonischen, bald halluzinatorischen Charakters, dazu als Verlaufsformen die hyperästhetisch-emotionellen Schwächezustände und amnestische Phasen von Korsakow'schem Gepräge.

Nicht selten findet man dann auch ein Gemisch der genannten Symptomenkomplexe, insbesondere sind oft delirante und amentiaartige Symptome vermengt. Oft zeigt sich die innere Verwandtschaft auch darin, daß ein Typus den anderen ablöst. Seine Ausführungen faßt Bonhoeffer dahin zusammen:

„Es ergibt sich die Auffassung, daß wir es mit typischen psychischen Reaktionsformen zu tun haben, die von der speziellen Form der Noxe sich verhält-

nismäßig unabhängig zeigen. Das Differenzierende und die Aetiologie kennzeichnende liegt nicht in dem psychischen, sondern fast lediglich in dem somatischen bezw. neurologischen Befund."

Bonhoeffer stellt den Psychosen bei exogener Hirnschädigung die „endogenen" Syndrome, wie sie kurz zusammengefaßt bei den „endogenen" Psychosen vorkommen, gegenüber.

Die Bonhoeffer'sche Auffassung wurde von Specht und Kleist als ersten einer kritischen Betrachtung unterworfen.

Specht wandte sich gegen eine Trennung exogener und endogener Symptome und wies auf das Ueberschneiden beider Reihen hin und suchte die jeweils verschiedene Quantität der Noxe ursächlich dafür verantwortlich zu machen.

An die Specht'schen Ausführungen knüpft Kleist an, der die bei den exogenen, symptomatischen Psychosen auftretenden Symtombilder zunächst einmal in homonome, d. h. dem normalen Seelenleben nahestehende Zustandsbilder, wie manische, melancholische, reizbare und mißtrauisch-paranoische Verstimmungen, und dann in heteronome Zustandsbilder einteilt, d. h. in solche, die dem normalen Seelenleben fremd sind und in die sich die normale Psyche nicht einfühlen kann.

Dem konstitutionellen Faktor legt Kleist keine sehr große Bedeutung bei. Er sagt, wenn die exogene Ursache (z. B. Operation) nur eine in dem Kranken vorhandene Krankheitsanlage zur Entfaltung brächte, so müßten die Krankheitsbilder der endogenen Defektpsychosen oder der manisch-melancholischen Krankheitsgruppe oder der Involutionsparanoia auftreten.

Den toxischen Stoffen legt Kleist die Hauptbedeutung bei und den Eiweißabbauprodukten im Sinne Abderhaldens. Er spricht von Ueberempfindlichkeitserscheinungen. Zur Erklärung verschiedener Symptombilder könne man sich darauf berufen, daß es auch verschiedene klinische Formen von Ueberempfindlichkeitsreaktionen gäbe.

Kleist faßt seine Ausführugen wie folgt zusammen: ob man endogene oder exogene, „hirnfremde" oder „hirnverwandte" (in Anlehnung an Abderhalden diejenigen Einwirkungen, unter denen das Gehirn in normalem Zustande steht und arbeite) Ursachen, ob man Einwirkungen oder Anlagen unterscheidet, sich niemals bei dem einen Ursachenpaare die heteronomen, bei dem anderen die homonomen Symptombilder fänden. Ursachen und Reaktionsweisen des Gehirns seien in letzter Linie unvergleichbar. Man müsse sich damit begnügen, für jede einzelne Krankheitsursache die unter ihrer Herrschaft vorkommenden Zustandsbilder festzustellen. Wann solche Symptombilder unter der Wirkung einer einzelnen Krankheitsursache auftreten, hänge von mehreren Umständen ab: von der spezifischen Verwandtschaft der Krankheitsursachen zu bestimmten Teilen des Gehirns, der Intensität und Dauer der Ursache, von der an sich nur beschränkten Zahl der Reaktionsweisen, deren sich das Gehirn fähig zeige. Der Umstand, daß unter anscheinend gleichen Bedingungen nicht jeder mit einer symptomatischen Psychose reagiere, lege auch das Problem nahe, ob es abgesehen von den bisher genannten Gesichtspunkten nicht auch eine besondere Anlage zu den symtomatischen Psychosen gäbe. Kleist ist auf Grund seiner Untersuchungen zu einer Bejahung der Frage gekommen und hat den Begriff von der „symptomatischen Labilität" geprägt.

Eine Nachprüfung dieser divergierenden Ansichten stellten Ewald und Krisch an. Sie kamen beide zu der Ansicht, daß die Lehre Bonhoeffers im wesentlichen zu Recht besteht und hoben die Bewußtseintrübung als Grundsymptom der exogenen Reaktionstypen hervor; Krisch schlägt allerdings den umfassenderen Begriff der „organischen Bewußtseinsänderung" vor. Krisch suchte ferner unter Heranziehung der prämorbiden Persönlichkeit manche anscheinenden Regelwidrigkeiten bei den exogenen Reaktionstypen zu erklären und hat so die Bonhoeffer'sche Ansicht erweiternd bestätigen können, daß pathologische Anlagen die typischen exogenen Bilder variieren können. Auch die relative Seltenheit der symptomatischen Psychosen, verglichen mit der Zahl der Erkrankungen an den in Betracht kommenden Grundkrankheiten, spräche für die Bedeutung der Anlage.

Mit Ewald stimmt Krisch überein, daß die Steigerung der Schädigung die sehr seltenen hypomanischen Bilder nicht zur flotten Manie fortentwickeln, sondern zu einem ausgesprochen exogenen Bild im Sinne Bonhoeffers.

Krisch schlägt als „exogene Reaktionsformel" vor: Bei starker pathologischer Anlage (z. B. im Sinne der sogenannten endogenen Psychosen) und bei geringen oder subakut verlaufenden exogenen Schädigungen treten homonome Bilder auf, bei geringer oder fehlender erblicher Disposition, bei akut einsetzender oder stärkerer exogener Schädigung dagegen die typischen heteronomen.

Krisch erwägt jedoch, die Lehre Bonhoeffers von den exogenen Reaktionstypen zu erweitern zu der Lehre von den „organischen Reaktionstypen des Gehirns". Er sagt: „Die Lehre von den „exogenen Reaktionstypen" gilt nur für akutere und gröbere Schädigungen. Die „organischen cerebralen Reaktionsweisen" stellen den weiteren Begriff dar und umfassen die psychischen Korrelate sämtlicher bekannter (oder mit übergroßer Wahrscheinlichkeit zu vermutender) Hirnschädigungen, also auch die Syndrome bei den klinischen Krankheitsgruppen: Epilepsie, manisch-depressives Irresein, Schizophrenie."

Stertz teilt die exogenen Reaktionstypen in obligate oder Grundsymptome und in fakultative oder akzessorische Symptome ein. Er geht von dem Standpunkt aus, daß die Bonhoeffer'schen Typen untereinander nicht gleichwertig sind, daß sie sich z. T. überlagern. Das gilt für das katatone, das halluzinatorische, das inkohärente Syndrom und die Dämmerzustände. Ein Teil derselben kommt ausschließlich unter exogenen Bedingungen vor, ein anderer Teil hat offenbar eine allgemeinere Bedeutung, indem er sowohl unter exogenen wie unter endogenen Bedingungen auftritt. Die Erfahrung lehre nun, daß es eine Symptomreihe gibt, welche bei exogener Schädigung des Gehirns allgemein eintritt, ja vielleicht eintreten muß, wenn letztere genügend Stärke besitzt, während eine zweite Reihe zwar eintreten kann, es jedoch nicht einigermaßen regelmäßig, sondern nur unter besonderen Bedingungen tut. So kommt er zu seiner Einteilung. Zu den Grundsymptomen zählt Stertz: Die Schädigung der Gesamtfunktion des Gehirns, deren klinischer Ausdruck die Benommenheit ist, und der delirante Symptomenkomplex, bei welchem die Benommenheit durch gewisse Erregungsvorgänge belebt wird.

Der Ablauf des psychischen Geschehens vollzieht sich dabei, des Steuers der bewußten Persönlichkeit mehr oder minder beraubt, in traumhaft unklaren bis verworrenen Bahnen. Vorstellungs-, Affekt- und Willensleben sind beteiligt,

während der Zusammenhang dieser Vorgänge unter sich im allgemeinen gewahrt bleibt. Das Mitanklingen der Sinnessphären in Gestalt von Halluzinationen ist diesem Zustande häufig eigen. Dazu gesellen sich Störungen des Gedächtnisses, der Reproduktion wie der Merkfähigkeit, die in der Gesamtheit den amnestischen Symptomenkomplex darstellen.

Die schwersten und unheilbaren Zustände münden in eine organische Demenz ein; die leichtesten entsprechen einer reizbaren Schwäche, den hyperästhetisch-emotionellen Schwächezuständen Bonhoeffers, die sich sowohl im ersten Anfang wie im Genesungsstadium der symptomatischen Psychosen bemerkbar machen. In allen diesen Fällen besteht im großen und ganzen ein unmittelbarer Zusammenhang von Ursache und Wirkung in zeitlicher wie in gradueller Hinsicht, das erstere, indem das Aufhören der Schädigung dem Einfluß der Erholung Raum gibt, soweit nicht endgültige Defekte Platz gegriffen haben, das letztere, indem mit dem Grade der Schädigung auch die Schwere der funktionellen Ausfälle — wenigstens im allgemeinen — wächst. In die Berechenbarkeit dieses Verhältnissss bringt eine gewisse Unsicherheit nur der Faktor der individuellen Widerstandsfähigkeit. Von diesem Gesichtspunkt aus sind Remissionen und luzide Intervalle auch bei Fortbestehen, ja bei Verschlimmerung der Grundkrankheit zu begreifen.

Die obligaten Symptome entstehen durch beliebige unsystematische Einwirkungen in die allgemeine Hirnorganisation, die fakultativen durch systematische Alteration präformierter Hirnapparate, die sich entweder aus einer elektiven Wirkung der betreffenden Noxe oder aus einer individuellen Disposition ergibt. Dabei können ebenso Lähmungs- wie Reiz- bezw. Enthemmungsvorgänge eine Rolle spielen.

Im Gegensatz zu den obligaten können die fakultativen Syndrome den exogenen Formenkreis komplizieren; sie brauchen es aber nicht zu tun, während sie andererseits nicht an ihn gebunden sind, vielmehr — wie bekannt — bei den eigentlichen endogenen Psychosen in gleicher Form vorkommen. Im Gegensatz zu den obligaten haben diese Symptomenkomplexe, besonders soweit sie der Auslösung endogener Labilitäten entsprechen, auch nicht die engen, unmittelbaren Beziehungen zu der causa nocens. Sie sind weniger abhängig von der Schwere der somatischen Erkrankung, noch auch von deren Ablauf, indem sie manchmal erst nach Ablauf des fieberhaften Stadiums auftreten und auch nach Heilung des Grundleidens noch monatelang fortdauern können.

Aus den obligaten oder Grundsymptomen und den fakultativen, bezw. akzessorischen Symptomenkomplexen setzen sich nun die Psychosen, die wir bei körperlichen Erkrankungen antreffen, zusammen, von den einfachsten fast monosymptomatischen Formen bis zur bunten Mannigfaltigkeit, die jedem Einteilungsprinzip zu widerstreben scheint; auch in ein und demselben Fall können sich verschiedene Symptomenkomplexe mischen und einander ablösen. Beweisend für den symptomatischen Charakter der Psychose sind immer nur die obligaten Symptome, nicht die akzessorischen. — Soweit S t e r t z.

Auf die Stellungnahme B u m k e s zu diesen Fragen wurde schon ausführlich bei der Besprechung der Schizophrenie eingegangen, und es wird auf den entsprechenden Abschnitt hingewiesen.

Angefügt sei noch die Ansicht P o p p e r s vom schizophrenen Reaktionstypus. Mit seinen Worten bedeutet der schizophrene Reaktionsstypus einen

Komplex von Individualfaktoren, deren die Wesenheit, das Verhalten, die affektiven Entladungen usw., verfärbende reaktive Aeußerungen die schizophrene (oder schizoide) Reaktion schaffen, die vom schizophrenen Krankheitsvorgang und überhaupt vom Krankheitsbegriff der Schizophrenien strikte zu sondern wäre.

Aus dem Gesamten geht hervor: Die Lehren Bonhoeffers haben zu vielerlei Fragestellungen Anlaß gegeben, wobei das hier Angeführte nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Eine prinzipielle Stellungnahme zu der einen oder anderen der angeschnittenen Fragen geht wohl über den Rahmen dieser Arbeit und ist auch nicht ihr Zweck. Immerhin war es für die nun folgende Betrachtung des Kapitels über die defektlos abgeheilten Psychosen notwendig, in großen Zügen auf die herrschenden Meinungen hinzuweisen. Im übrigen ist in dieser Arbeit an der Einteilung Bonhoeffers im Prinzip festgehalten worden.

Die defektlos abgeheilten Psychosen wurden nach den vorherrschenden Zustandsbildern eingeteilt in vorwiegend amentielle und depressive. Die Amentia ist ja das häufigste und typischste exogene Syndrom im Wochenbett, sodaß die anderen, von Bonhoeffer abgegrenzten Zustandsbilder daneben zurücktreten oder vielfach auch in der Amentia aufgehen. Es wurde deshalb von einer weiteren Unterteilung abgesehen, zumal es ja auch recht schwierig ist, nach Krankengeschichten, wenn sie auch noch so sorgfältig geführt werden, eine Entscheidung in diesem Sinne zu treffen.

Bekanntlich ist die Amentia eines der umstrittensten Krankheitsbilder der Psychiatrie. Was die Aetiologie anbelangt, ist der Begriff der Amentia seit Meynert sie als eine Krankheitsform sui generis beschrieben hat, bis in die heutige Zeit mannigfachen Wandlungen in der Auffassung unterworfen worden. Während auf der einen Seite das Vorhandenseinmüssen einer greifbaren äußeren Schädlichkeit, die toxämische Genese und die Erschöpfung, betont wird (Kraepelin, Ziehen, Hoche, Siemerling, Kleist, Bumke, Ewald), soll sie nach Pilcz, Reichardt, Stransky und E. Meyer auch ohne diese äußere Schädlichkeit entstehen können. Charakteristisch für die Amentia ist aber, daß eine Wiederherstellung erfolgt.

Bonhoeffer hat den Begriff der Erschöpfung noch dahin erweitert, daß es sich so gut wie niemals um eine eindeutige Aetilogie der Erschöpfung handele. Wenn man das klinische Material der als Erschöpfungspsychosen beschriebenen Amentiafälle durchgehe, so könne man konstatieren, daß niemals Fieberbewegungen gefehlt hätten. Nach Bonhoeffer ist bei der Amentia neben einem gewissen Grad von Benommenheit eine ausgesprochene Denkstörung im Sinne der Inkohärenz ein wesentlicher Bestandteil des psychischen Bildes. Die einfachsten kombinatorischen Leistungen des Alltags versagen. Die Orientierung in Zeit, Ort und Person geht verloren oder ist erschwert. Kompliziertes wird erst recht unmöglich. Ursächlich kommt in Betracht eine primäre Störung des normalen Gedankenablaufes, Neigung zu Illusion, zwangsmäßiges Registrieren von Sinneseindrücken, Reim- und Klangassoziationen, Sinnestäuschungen vor allem auf optischem und akustischem Gebiete, stören den Gedankenablauf. Inkohärente Wahnideen, oft anscheinend primordialer Entstehung, oft im Sinne der Angst, der Beeinträchtigung, der Größe, phantastischer und völlig absurder Art, Rekapitulationen indifferenter Reminiszenzen sind zu beobachten.

Wie der Gedankenablauf ist auch die Stimmungslage sprunghaft wechselnd. Euphorie, Angst, Zorn, Depression, alles meist mit einem deutlichen Einschlag von Ratlosigkeit oder auch völliger Affektlosigkeit findet sich. Reste psychischen Krankheitsgefühls sind sehr häufig.

Die Affektäußerungen gehen den inhaltlichen Vorstellungen parallel und sind ihnen koordiniert (Stransky).

Die sprachlichen und die anderen psychomotorischen Aeußerungen entsprechen im wesentlichen den wechselvollen pathologischen Bewußtseinsvorgängen. Episodenweise auftretender Rededrang, dem keine sonstige Hyperkinese entspricht, ist recht häufig. Es treten aber auch Anomalien des formalen Bewegungs- und Sprachablaufes auf, wie Grimassieren, Perseveration, Verbigeration, Schnutenbildung, Schnüffeln, Augenaufreißen, ausgesprochener Negativismus, krampfhaftes Anklammern etc., sodaß man von einer katatonischen Form der Amentia sprechen kann.

Schließlich sollen die Fälle Erwähnung finden, in denen die Symptome der gesteigerten Ablenkbarkeit, der Ideenflucht und eines gehobenen Affekts dem Gesamtbild einen manischen Anstrich geben. Im Einzelfall kann das Bild, je nachdem die Sinnestäuschungen oder die illusionären Vorgänge und die Inkohärenz, die Symptome der Ideenflucht, Ablenkbarkeit und Affektlabilität, oder die psychomotorischen Erscheinungen überwiegen, sehr verschieden aussehen und man könnte symptomatologisch in halluzinatorische, inkohärente, manische und katatonische Unterabteilungen absondern. Wesentlich ist aber das allen gemeinsame Symptom der Assoziationsstörung im Sinne der Inkohärenz.

Dieser Symtomenkomplex bedeutet ein Zustandsbild, das sich hauptsächlich auf dem Boden infektiöser Prozesse findet. Es unterliegt aber keinem Zweifel, daß das Zustandsbild der Amentia sich auch entwickelt, ohne daß offensichtlich infektiöse Prozesse, überhaupt offenkundige körperliche grobe Erkrankungen sich finden.

In der Mehrzahl dieser Fälle pflegt aber dann das Vorstadium Allgemeinerscheinungen zu zeigen, wie wir sie sonst im Beginn von somatischen, toxischen oder infektiösen Krankheiten beobachten: Mattigkeit, Zerschlagenheit, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Gliederreißen, Appetitlosigkeit, Magen-Darmstörungen, Abmagerung, schlechter Schlaf, schwere Träume, Kongestionen, Reizbarkeit, sensorielle Ueberempfindlichkeit etc. Temperaturbestimmungen in dieser Phase würden wahrscheinlich oft Erhöhung ergeben.

Wenn sich nun als alleinige Prodromalerscheinungen einer Psychose im Wochenbett nur diese allgemeinen Symptome feststellen lassen, so erhebt sich die Frage: Rechtfertigen diese Symptome, für die ursächlich dann das Wochenbett verantwortlich zu machen wäre, das Zustandekommen einer Psychose? Mit anderen Worten: Haben wir in diesem Falle eine spezifische Puerperalpsychose vor uns? Auf die Fragestellung wird anhand des Materials noch näher eingegangen. Es erfolgt zunächst eine Uebersicht des Materials von Amentia-Charakter.

Es wurden von den insgesamt 49 defektlos abgeheilten Psychosen 35 mal amentielle Zustandsbilder gesehen. Hinzuzuzählen wären hier auch noch die 5 Fälle von eklamptischen Psychosen, die ebenfalls unter diese Rubrik fallen.

Diese insgesamt 41 Fälle wurden wie folgt untergeordnet:

1.) Einmaliges Auftreten von Amentia:

a) Partus oder Wochenbett mit Komplikationen (lange Geburtsdauer, großer Blutverlust, geburtshilfliche Operationen, Mastitis, interkurrente Erkrankungen mit Fieber, Eklampsie etc.): 22 Fälle.
Davon verstarben in der Anstalt 2, das eine Mal nach 5 Tagen an Sepsis, das andere Mal an Tuberkulose nach einem Monat. In beiden Fällen trat die Psychose sofort nach der Entbindung auf. Bei 2 von den eklamptischen Psychosen blieben die Nachforschungen ohne Ergebnis.

b) Partus oder Wochenbett ohne Komplikationen: 12 Fälle.
Von diesen 12 waren bei 5 die katamnestischen Untersuchungen ohne Erfolg.

2.) Mehrmaliges Auftreten von Amentia:

a) Im Wochenbett: 3 Fälle.

b) Im Wochenbett und später nicht im Anschluß an das Wochenbett: 3 Fälle.

Die unter 1a angeführten 22 Psychosen wären also als symptomatische Psychosen aufzufassen. Nach ihrem klinischen Verlauf lassen sie sich einteilen in solche von

vorwiegend	halluzinatorischem	Charakter:	9
„	inkohärentem	„	8
„	manischem	„	2
„	katatonem	„	3

Betrachten wir den Zeitpunkt des Ausbruchs der Psychose, so führte in 15 Fällen die Psychose innerhalb der ersten Woche post partum zur Krankenhaus- bezw. Anstaltsbehandlung. In den übrigen Fällen schwankt der Psychosebeginn zwischen 2 und 6 Wochen post partum, in einem Fall waren es 2 Monate, wobei sich die Psychose nach einer Zangengeburt auf dem Boden einer körperlichen Erschöpfung schleichend entwickelte. Die 21jährige Frau gab selber an, daß sie nach der Geburt des Kindes — es war das erste — nicht wieder zu Kräften gekommen sei. Sie sei seitdem nervös gewesen und habe schlecht essen können. Die Frau wurde dann plötzlich erregt, führte wirre Reden, fühlte sich verfolgt, schimpfte, sah „kleine Katzen mit roten Bändchen am Hals" und ließ schließlich ihren Haushalt und ihr Kind im Stich und rannte fort. In die Anstalt gebracht, war sie wieder besonnen und klar, erholte sich gut und konnte nach drei Wochen genesen, mit guter Krankheitseinsicht, entlassen werden. Die Katamnese ergab, daß die Frau seit 15 Jahren geistig und körperlich gesund blieb und augenblicklich von dem 11. Kinde schwanger ist.

In den übrigen Fällen schwankte die Dauer der Anstaltsbehandlung zwischen 12 Tagen und 9 Monaten, in einem Falle währte sie 1½ Jahre. Dieser Fall soll im Folgenden näher geschildert werden:

3. Fall: Elise St., Landwirtsfrau, geboren am 15. 2. 1887. Keine hereditäre Belastung. Pat. war als Kind leicht erregbar. Lernte in der Schule gut. In den Entwicklungsjahren Chlorose, ferner hatte sie an Krankheiten Scharlach und eine Knochen-Tuberkulose des linken Unterschenkels gehabt. Seit 1911 verheiratet. Glückliche Ehe. 1912 und 1917 normaler Partus. 1925 eine Frühgeburt. Am 29. September 1931 letzte Entbindung. 14 Tage vorher

zeigten sich vorübergehende Erscheinungen von motorischer Unruhe und Zwangsvorstellungen. Nach der Entbindung verstärkten sich diese, doch war Pat. tageweise völlig frei. Außerdem bestanden Schlaflosigkeit, Depression und Vorstellung von wirtschaftlichen Sorgen (der Hof sei verkauft, sie könnten nicht bezahlen und die Geschwister abfinden). Pat. stillte drei Wochen. Am 21. Oktober Aufnahme ins Krankenhaus. In der Nacht gelang es ihr, in selbstmörderischer Absicht aus dem Fenster zu springen, wobei sie sich einen Becken-Schenkelhals- und Knöchelbruch zuzog. Schon vorher hatte sie einige daraufhinzielende Versuche unternommen. Nach Einrichtung der Brüche wurde Pat. der Anstalt überwiesen. Bei der Aufnahme verhielt sie sich ruhig, machte ängstlichen Eindruck. Klagte über Schmerzen. Temp. 37,2°.

In der ersten Nacht war Pat. schlaflos, hatte Schmerzen. Es bestand ein ausgesprochenes Spannungs- und Druckgefühl im Leib. Trotz Harndrang konnte Pat. keinen Urin lassen. Der mittels Katheter entnommene Urin war dunkel, ohne deutlich sichtbare Blutbeimischungen. Temp. morgens 38,6°.

Psychisch war Pat. soweit klar, gab geordnete Antworten, im übrigen war sie depressiv verstimmt.

Untersuchung am 24. 10. 1931:

K ö r p e r l i c h e r B e f u n d : Pat. macht schwerkranken Eindruck mit verfallenen Gesichtszügen. Gesicht fieberhaft gerötet. Herztöne rein, Aktion beschleunigt, Puls 130. Lungen nicht zu untersuchen. Abdomen aufgetrieben, unterhalb des Nabels gespannt und druckempfindlich. Anscheinend Blasenverletzung.

Das linke Bein liegt im Gipsverband, das rechte Bein kann aktiv nicht gehoben werden. Temp. 38°.

Neurologischer Befund soweit prüfbar o. B.

P s y c h i s c h e r B e f u n d : Pat. wirkt ängstlich, depressiv. Auf Fragen gibt sie geordnete, sinngemäße Antworten und ist allseitig gut orientiert. Sie macht richtige Angaben über den Beginn und den Verlauf ihrer Psychose. Sie gibt an, seit ungefähr 6 Wochen an Schlaflosigkeit und Unruhe zu leiden, wurde täglich deprimierter, weil sie glaubte, ihre Familie ginge dem wirtschaftlichen Ruin entgegen. Sie glaubte, nicht mehr länger leben zu können und unternahm deshalb den Suicidversuch.

Gegen Abend wurde Pat. zunehmend verwirrt. Temp. 38,7°. Der Fußrücken ist oedematös geschwollen; der Gipsverband wurde gelockert und teils entfernt.

2 5. 1 0.: Pat. ist dauernd verwirrt, drängt nach Hause, stöhnt und klagt viel. Temp. 39,3°; Puls 120. Pat. hat keinen Stuhlgang und muß katheterisiert werden.

2 6. 1 0.: Krampfte sich beim Besuch ihres Mannes an dessen Kleidung fest, verlangte einen Rechtsanwalt, um ihr Testament zu machen, da ihr Mann sonst das ganze Vermögen draufmachen würde und die Kinder betteln gehen müßten. Drängt viel aus dem Bett. — Die Zehen des linken Fußes sehen etwas zyanotisch aus.

2 7. 1 0.: Pat. halluziniert viel, führt verworrene Reden. Temp. 39,1°; Puls 124.

3 0. 1 0.: Psychisch unverändert. Temp. abends 38,2°. Läßt zum ersten Mal spontan Urin.

2. 11.: Die Zehen des linken Fußes beginnen sich dunkelblau zu färben. Der Turgor der Haut läßt nach. Sonst noch verwirrt und voller Wahnvorstellungen.

Am 11. 11. Amputation des linken Beines oberhalb des Kniegelenkes wegen tropho-neurotischer Gangrän. Temp. abends 38,4°.

In den nächsten Tagen blieb das Fieber bestehen. Es kam noch eine Cysto-Pyelitis dazu. Puls meist klein und frequent, sehr wechselnd.

Am 17. 11. unterhielt sich Pat. beim Besuch ihrer Verwandten durchaus geordnet. Aeußerte aber späterhin wieder verworrene Gedankengänge.

19. 11.: Wieder sehr unruhig. Glaubte sich in der Hölle. Wollte plötzlich katholisch werden, weil doch dieser Glaube besser und richtiger sei. Die Unruhe und Angst steigerten sich gegen Abend bis zu einem kalten Schweißausbruch. Zum ersten Mal spontaner Stuhlgang. Der Urin zeigt noch cystitischen Befund.

28. 11.: Der amputierte Beinstumpf zeigt außerordentliche Heilungstendenz per primam. Psychisch ist Pat. noch immer voller Angstgefühle. Aeußert noch massenhafte Wahnideen.

Dieser Zustand hält fast ein Jahr an. Pat. wird wohl ruhiger, nimmt auch langsam Anteil an ihrer Umgebung. Am 18. 4. 1933 wird Pat. auf Wunsch des Ehemannes entlassen.

Katamnese: Der Ehemann gibt an, daß sich seine Frau jetzt körperlich und geistig sehr wohl befindet und daß keine krankhaften Symptome mehr beobachtet worden seien.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Die Psychose begann schon vor der Entbindung mit Depressionen und Zwangsvorstellungen, in der fieberhaften Periode überwog das amentille Syndrom und schließlich klang die Psychose wieder in ein depressiv-paranoides Zustandsbild aus. —

In der überwiegenden Mehrzahl der unter 1a angeführten Fälle brach die Psychose im Anschluß an den ersten Partus aus, und zwar 12 mal; zweimal nach dem zweiten, viermal nach dem dritten, dreimal nach dem vierten und einmal nach dem zehnten.

Eine erbliche Belastung mit Geisteskrankheiten ließ sich in 5 Fällen feststellen, das wären also bei rund 23 Proz. Es sei hier noch eine Krankengeschichte angeführt, bei der sich trotz hoher erblicher Belastung mit Schizophrenie keine schizophrenen Symptome im Krankheitsbilde zeigten:

4. Fall: Helene E., geboren am 23. 4. 1903. Mutter der Patientin starb in Bedburg-Hau. Litt an Dementia paranoides. Bruder der Pat. war wegen Schizophrenie 8 Monate in Bedburg-Hau.

Pat. war in der Kindheit gutmütig und lebhaft. Besuchte die Volksschule mit gutem Erfolg, war schnellfassend und von gutem Gedächtnis. 1922 Typhus. 1929 Heirat. Erster Partus 1930. Danach auch leicht psychotisch. Keine Anstaltsbehandlung. 1931 schwere Totgeburt.

1932 dritter Partus. Pat. machte schon bei der Geburt des Kindes einen sehr unnatürlichen Eindruck. Sie redete sehr laut und derb, schimpfte ohne besonderen Grund. Am 7. 1. 1932 wurde sie wegen Mastitis dem Hospital überwiesen. Einige Tage später redete sie teilweise vollkommen wirr, führte

unflätige Redensarten, entblößte sich und blieb so liegen. Sie setzte sich ins Bett und verrichtete dort ihre Notdurft. War außergewöhnlich belästigend und unruhig. Neigung zu Selbstbeschädigung.

Am 24. 1. 1932 Aufnahme in die Anstalt. War bei der Aufnahme ruhig, lachte aber viel. Der Arzt habe sie den „sprechenden Papagei" genannt, da sie nachts nicht schlafe, sondern spreche.

Körperlicher Befund: Mastitis phlegmonosa links, die inzidiert wurde. Temp. 36,6°. Sonst o. B.

Neurologischer Befund o. B.

Psychischer Befund: Pat. verhält sich ruhig und geordnet, ist bewußtseinsklar, ist allseitig orientiert und gibt sinngemäße Antworten.

Pat. erzählt aus ihrem Leben mit gleichmäßigem, adäquatem Affekt und hofft, daß sie bald gesund entlassen werden könne.

27. 1.: Die linke Brust ist gerötet und geschwollen. Bei Incision entleert sich reichlich Eiter. Pat. ist sehr redselig.

29. 1.: Erneute Incision der linken Brust. Abends Temp. bis 40°. Grippe!

30. 1.: Durch die Grippe außerordentlich mitgenommen. Fieber 40,5°.

31. 1.: Temperaturabfall auf 36,8°. Abgesehen von Schwäche Allgemeinbefinden besser.

6. 2.: In den letzten Tagen täglich Fieberanstieg bis 40° mit Schüttelfrost. Reagiert nicht auf medikamentöse Beeinflussung. Rechte Brust zunehmend schmerzhaft. Auf Incision entleert sich reichlich Eiter.

8. 2.: Wunden sehen gut aus. Rechte Brust sondert stark ab. Temperatur normal.

14. 2.: Glatte Wundheilung. Pat. ist fieberfrei geblieben.

20. 2.: Weiter guter Heilungsverlauf. Pat. fühlt sich wohl, steht auf. Bei der Exploration erweist sie sich als äußerlich geordnet und allseitig orientiert. Für Wahnideen oder Sinnestäuschungen kein Anhaltspunkt. Pat. ist außerordentlich redselig; sie ist guter Dinge und kommt bei ihren Erzählungen vom Hundertsten ins Tausendste. Pat. unterhält ihre Mitkranken durch ihr anhaltendes Reden. Die Reden sind nicht zerfahren, sondern ideenflüchtig. Der Redefluß ist kaum zu unterbrechen. Die Kranke gibt an, daß sie von jeher ein sehr heiteres Temperament gehabt habe und stets etwas redselig gewesen sei.

27. 2.: Viel ruhiger geworden. Spricht nicht mehr so viel. Verhält sich völlig geordnet.

Am 2. 3. 1932 genesen entlassen.

Katamnese: Fürsorgebericht vom:

1. 10 1935: Ruhig, geordnet, nicht mehr ideenflüchtig.

10. 12. 1935: Ruhig, gleichmäßige Stimmungslage. Versorgt ihren Haushalt gut, fühlt sich wohl.

11. 4. 1936: Nichts Auffälliges.

14. 12. 1936: Hausbesuch der Fürsorgerin: Frau E. ist leicht aufgebracht. Führt das Regiment im Hause. Läßt sich nichts dreinreden. Im übrigen geordnet.

Nach dem Fragebogen gibt der Mann an, daß Pat. noch zweimal geboren und eine Fehlgeburt gehabt hat. Körperliches und geistiges Befinden sehr gut.

Pat. legt einen eigenhändig geschriebenen Brief bei, indem sie sich vielmals für ihre Pflege und sorgfältige Behandlung bedankt.

Bei den unter 1b angeführten Psychosen bleibt die engere Frage, in welcher Weise der unkomplizierte Geburts- und Wochenbettverlauf Bedeutung für die Entstehung geistiger Störungen hat. Von diesen insgesamt 12 Fällen war bei 6 eine erbliche Belastung mit Geisteskrankheiten feststellbar, also um mehr als das doppelte, wie bei den symptomatischen Psychosen. Von diesen 6 erblich Belasteten waren dreimal Geisteskrankheit im Wochenbett angegeben; zweimal bei den Schwestern der Patientinnen, einmal bei der Schwester der Mutter der Patientin.

Diese Tatsache gibt zu denken und läßt die Vermutung auftauchen, daß es sich hier vielleicht um eine latente Anlage handelt, die durch den Geburtsvorgang zur Auslösung gekommen ist. Man muß sich also diese defektlos abgeheilten Psychosen so zu erklären versuchen, daß zwar die Anlage zu einer psychogenen Reaktion oder eine psychogene Krankheitsbereitschaft vorhanden ist, daß es aber erst zum Ausbruch einer Psychose dann kommt, wenn das Kräfteverhältnis zwischen Anlage und Widerstandskraft gestört ist. Da man wohl annehmen kann, daß dies durch das Puerperium, besonders wenn eine schnelle Aufeinanderfolge von Geburten zu verzeichnen ist, verursacht wird, so kann man in diesem Falle durchaus berechtigt von einer Puerperalpsychose im engeren Sinne sprechen. Aber nur für diese Fälle wäre diese Bezeichnung angebracht. Betrachtet man daraufhin das Verhältnis von Kinderzahl und Psychose, so brach zweimal im Anschluß an den ersten, viermal im Anschluß an den zweiten, zweimal beim dritten, einmal beim fünften, zweimal beim siebten und einmal beim elften Partus die Psychose aus.

Nach dem klinischen Verlauf waren von

vorwiegend	halluzinatorischem	Charakter	4
„	inkohärentem	„	4
„	manischem	„	2
„	katatonem	„	2

Bei 6 Fällen führte die Psychose innerhalb der ersten Woche zu Kranken haus- bezw. Anstaltsbehandlung, bei den übrigen lag ein Zeitraum bis zu acht Wochen, in einem Fall bis zu vier Monaten, dazwischen, wobei aber psychische Auffälligkeiten schon zu einem früheren Zeitpunkte beobachtet wurden.

Die Dauer der Anstaltsbehandlung schwankte zwischen 3 Wochen und 8 Monaten.

Im folgenden soll einer dieser Fälle angeführt werden, der aus dem Jahre 1912 stammt und von dem eine sehr genaue Schilderung der präpsychotischen Persönlichkeit existiert.

5. Fall: Gertrud F., geboren am 30. 11. 1885. Vorgeschichte: Die Mutter der Pat. war, während sie mit dieser schwanger ging, sehr erregter Natur, konnte sich über jede Kleinigkeit aufregen und leicht böse werden. Als Kind war Pat. eigensinnig, trotzig und neidisch und glaubte sich ihrer Schwester gegenüber, die hübscher war als sie, zurückgesetzt. Pat. hatte einen nur wenig vorspringenden Nasenrücken.

In der Volksschule lernte sie fleißig. Nach der Schulzeit war sie im Haushalt der Eltern tätig. Mit 15 Jahren kam sie in ein Pensionat, wo sie von der Oberin als ein sonderbares Kind bezeichnet wurde. Sie sei wohl brav und

fromm, schlösse sich aber den anderen Pensionärinnen so recht nicht an und hielt sich meist für sich allein. Nach der Pensionszeit kehrte sie ins Elternhaus zurück und genoß noch eine weitere Ausbildung in den häuslichen Handfertigkeiten.

Mit der Zeit zeigte sich ihr eigentümlicher Charakterzug immer mehr, hauptsächlich hatte sie einen Widerwillen gegen ihre Mutter und ihre Schwester.

Mit 19 Jahren ging sie vom Elternhause fort in Stellung, hielt es aber nirgendwo lange aus.

1908 gebar sie ein uneheliches Kind, welches nach 10 Monaten starb. Damals zeigte Pat. keine psychischen Auffälligkeiten. Drei Monate nach der Entbindung leitete sie eine Konditorei-Filiale ihrer verheirateten Schwester. Dort lernte sie ihren jetzigen Mann kennen, von dem sie zwei Monate vor der Hochzeit ein Kind konzipierte. Die Ehe war glücklich. Zur Zeit der Schwangerschaft neigte Pat. zu Klatschsucht und erzählte Unwahrheiten von sich und anderen. Ihrer Ansicht nach verschulde ihre Mutter die Verunstaltung ihres Gesichtes, daher der Haß gegen die Mutter. Dieser Haß zeigte sich auch als erstes Zeichen ihrer geistigen Störung, weil sie ihrer Mutter, nachdem sie acht Tage lang nach der Entbindung von ihr gepflegt worden war, das Haus verboten hat mit dem Zusatz, sie äße alles bei ihr auf und mache sie bettelarm. Die Entbindung erfolgte am 11. 1. 1912 und verlief ebenso wie das Wochenbett normal. Die Psychose begann am 17. 1. allmählich mit Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Depression, Halluzinationen, religiösen Wahnideen, Selbstbeschuldigungen und Selbstmordneigung. Die Angehörigen erkannte sie aber richtig. Sie schrieb ständig allerlei Briefe.

Am 23. 1. 1912 Aufnahme in die Anstalt. Patientin ist bei der Aufnahme ruhig, verkennt den Arzt. Körperliche und neurologiche Untersuchung o. B. Pat. leistet bei der Untersuchung lebhaften Widerstand, behält gegebene Stellungen mit den Armen einige Zeit bei, läßt sie dann plötzlich herabfallen.

(Name?) „Gertrud Fittkau".
(Alter?) „26 Jahre".
(Seit wann hier?) „30. November 85."
(Wann geboren?) „Dafür habe ich meine Söhne, bitte."
(Wieviel Söhne?) „Bitte weiterfragen."
(Beruf des Mannes?) „Oberbahnassistent" (= Beruf des Vaters).
(Vater?) „Geistlicher."
(Hier?) „Vinzenzheim. Seit 65 Jahren hier." (Pat. weiß von der gestrigen Bahnfahrt nichts).
(Jahr, Monat, Wochentag?) ⃠
(Jahreszeit?) ⃠
(Sommer oder Winter?) „War nicht Weihnachten erst? Doch, bitte."
(Datum des Weihnachtsfestes?) „Mußte alles genau besehen."
(Wer ist Ref.?) „Dr. Anstoß in D.-Meiderich. Gestern gesehen."
(Wo?) ⃠
(Entbunden?) „Bitte weiterfragen."
(Kind gehabt?) „Bitte, 8 Jahre, guter Unterricht."
(Wo liegt Duisburg?) ⃠
(Rhein?) „Da auch mal hübsch, bitte."
(Provinz?) „Sehr, doch bitte."

(Kaiser?) „Bitte."

(Gedanken gehabt, Gestalten gesehen?) „Bitte, danke schön."

(Geistliche gesehen?) „Hier, große, bitte."

(Sorgen, Schmerzen gehabt?) „Bitte, bitte, bitte." Pat. erklärt plötzlich, es stinke hier nach Kuhdreck. (Wo sind die Kühe, wem gehören sie?) „Mir alle, 1000".

Pat. schlief in der Nacht wenig, störte viel durch Herumlaufen und Singen. Bei der Visite vollkommen ablehnend und widerstrebend, dann reagiert sie etwas auf Fragen, zeigt dabei albernes Benehmen.

Ist immer noch unorientiert über ihren Aufenthaltsort. Redet auf Fragen meist vorbei.

(Stimmen gehört?) „Singen und beten, das beten die Pastöre. Ich habe doch schon einen Sohn, der ist Geistlicher, nein zwei."

(Alter des Sohnes?) „36 Jahre."

(Wie alt sind Sie?) „26 Jahre". (Gibt Geburtsdatum richtig an.)

Verkennt die anwesenden Personen. Grimassiert und gestikuliert viel in den nächsten Tagen. Ist öfter erregt und verwirrt, durch Fragen nicht zu fixieren. Ißt schlecht, singt und spricht beständig vor sich hin:

„Ist es wirklich wahr, daß die Leute mich nicht taufen wollen? Ich wäre nicht gescheit im Kopf? Kann ich denn auch mal auf der Fußbank sitzen? Was ist das für ein gerolltes Paket? Mach das Licht mal aus! „Frau Fittkau" höre ich immer rufen. Jetzt sehe ich auch die schmierigen Vorhänge wieder. — Da ist mein Mann! Mein Kind habe ich ja hier vor mir liegen. Sekt wird da getrunken!" etc.

Nach einer Woche immer noch das gleiche Bild. Ist unruhig, manisch, lacht und singt viel, schwätzt in sinnlosen Reimen: „Sie haben englischen Verstand in spanischem Land. Segne zum letzten Mal die rettende Nonne, o Wonne!" „Dr. Anstoß. A B C D Vinzenzheimer Ruh, Vinzenzheim, du gemeines Schwein. Reizende Figura, wirkliche Montura." „Rufet ihr Satan oder rufet ihr mich, rufet nur Petroleumlicht!"

Aus einem Schreiben der Patientin vom 30. 1. 1912:

„Vinzenzheim, das ist Berliner Leim, Vinzenzheim, du nur kannst es sein, du sonnige Nacht, in der ich so oft erwacht. O Vinzenzheim in der schleichenden Nonnen o Wonne. O. V. Du kannst es seien den es ist mein Wahnsinn ganz allein. O. Berlin wie glücklich kannst du sein, Ich rufe Zitternden Hängelampe zu, o laß mich in Ruh u. s. f. Allein zu sein i. Vinzensheim, Vinzesheim darf glücklich sein, Vinzesheim küßt mich mein, zart und fein, in mein Kämmerlein.

Ach wie reitzet Zierlich u. kocket, reichte er ihr das Bilet. Darf ich alles sagen, müßt ihr meine Unschuld fragen, Ich wüßte nicht, das ich zwei Herzen trage, im Magen! Ich darf es wagen, sie seeliche Dame? zu tragen. Wirklich Herr darf ich es wagen, sie zu fragen als sie lagen in Kopenhagen krack im Magen, als sie fort getragen 1 mal 3 ist 3) 2 mal 3 ist sechs, Schwester Oberin ist eine Hexs."

Pat. wird nach drei Wochen etwas ruhiger. Sagte beim Besuch ihres Mannes kein Wort.

19. 2.: Plötzliches Oedem an den Extremitäten. Ziemlich kleiner Puls. Wieder erregter.

22. 2.: Oedeme geschwunden, Puls kräftiger. Ist noch recht verwirrt, kaum zu fixieren. Plantscht im Bad herum und singt Weihnachtslieder. Setzt zeitweise mit dem Essen aus.

4. 3.: Im allgemeinen ruhiger, mehr stuporös. Stand beim Besuch ihres Mannes völlig stumpf und regungslos da. Sprach kein Wort, zeigte nur später einen Augenblick, daß sie ihn erkannt hatte.

6. 3.: Immer noch verwirrt. Macht stereotype Bewegungen mit den Händen.

7. 3.: Nachdem Pat. am Tage auffallend ruhig gewesen war, wurde sie gegen Abend sehr erregt, sang laut, schrie: „Pfui, pfui, nein, nein, Huren!" Schlug um sich und blieb nicht im Bett. Hat seit der Aufnahme 15 Pfund abgenommen.

25. 3. Immer noch in hochgradiger Erregung. Tag und Nacht unruhig, völlig verwirrt. Steht in der Badewanne, schlägt auf die Brust oder fuchtelt mit den Händen in der Luft herum. Grimassiert, streckt die Zunge heraus und singt oder deklamiert in zusammenhangloser Art. Bewegt ihre Hand hin und her, schaut sie verliebt an und erklärt: „Mein liebes Kind, wie lange habe ich dich nicht gesehen!"

Pat. wird am 26. 3. unverändert, ungeheilt von halluzinatorischem Verwirrtheitszustand von den Angehörigen abgeholt.

Wiederaufnahme am 13. 6. 1912.

Nach der Entlassung aus der Anstalt war keine Besserung eingetreten. Pat. war im allgemeinen deprimiert, lief mangelhaft bekleidet herum und neigte zu Gewalttaten gegen Personen und Sachen.

Pat. saß bei der Aufnahme gespannt da, verhielt sich recht ablehnend und reagierte nicht auf Fragen. Verließ das Aufnahmezimmer, ohne sich vom Vater zu verabschieden. Ging ruhig zur Abteilung, schenkte ihrer Umgebung kein Interesse, sondern lag gespannt mit ängstlich starrem Gesichtsausdruck im Bett.

18. 6.: Ablehnend, jammert und weint, man habe ihren Papa ermordet, man solle sie nicht mehr an den Abend erinnern. Ihre Kinder lägen im Roggenfeld und müßten verhungern. Bei der Visite erklärte sie plötzlich: „Jetzt kann ich sicher bald wieder sehen," und reibt sich kräftig die Augen.

21. 6.: Ständig sehr verstört, immer unter dem Einfluß von Halluzinationen und Wahnideen. Schreit zeitweise ängstlich auf. Recht erregt, schwatzt viel und laut in unzusammenhängender Art. Die Brötchen seien mit Seife geschmiert, das Essen schmecke nach Kleesalz und Chloroform, man wolle sie vergiften. Sträubt sich sehr gegen die Nahrungsaufnahme.

27. 6.: Verlangt in verwirrter Art eine Pistole, um sich durch den Mund zu schießen und ein Beil, um sich den Kopf durchzuschlagen.

11. 7.: Läuft 30mal um hr Bett herum und ruft: „Ich erschieße mich, bin mir selbst lästig, erschieße mich mit der Pistole."

9. 8.: Unorientiert, verkennt die Personen ihrer Umgebung, weiß jedoch schon, daß sie im Wochenbett erkrankt ist.

16. 8.: Wird weiter freier. Schrieb einen sehr netten und klaren Brief an ihren Mann.

19. 8.: Völlig frei, klar und einsichtig.

2. 9.: Dauernd frei und munter. Genesen entlassen.

Katamnese: Der Ehemann gibt an, daß sich seine Frau seit der Entlassung körperlich und geistig sehr wohl befinde. Sie habe noch einmal ohne weitere Folgen geboren. Dem Fragebogen lag noch ein eigenhändiger Brief der Pat. bei: „War erstaunt, von meinem Manne zu hören, daß nach über 25 Jahren jetzt noch ein Schreiben von dort zu bekommen. Bin am 2. September 1912 als vollständig geheilt entlassen worden und erfreue mich bis zur heutigen Stunde einer vollkommenen geistigen, so wie körperl. Gesundheit. Werde jetzt am 30. 11. 37 52 Jahre alt u. verrichte, ohne jegliche fremde Hilfe meine häusl. Arbeiten etc."

Die Krankengeschichte ist deshalb so ausführlich wiedergegeben worden, weil sie ein Musterbeispiel für fast sämtliche bei einer Amentia vorkommenden Symptome bietet.

Im folgenden seien nun die mehrmals aufgetretenen Fälle von Amentia angeführt. Stransky spricht von einer Prädilektion der Amentia zu periodischem, rezidivierendem Verlauf. Zweifelsohne gibt es Individuen, die insbesondere auf akut infektiöse Schädigungen wiederholt mit amentiaartigen psychischen Störungen reagieren. Wenn man eine derartige Neigung auf exogene Schädigungen mit Amentiastörungen zu reagieren, als periodisch bezeichnet, so schließt das allerdings den Begriff der Endogenität in sich.

Von den insgesamt 6 Fällen rezidivierender Amentia waren 2 erblich belastet.

Im folgenden sei eine Uebersicht über die 6 Fälle gegeben.

6. Fall: Magdalena St., geboren am 23. 7. 75. Eine Schwester der Patientin ist geisteskrank. Normale Entwicklung. 1907 nach der Geburt des ersten Kindes (Zangengeburt) war Pat. 6 Monate in einer Anstalt. Damalige Diagnose: Akute Verwirrtheit nach Puerperium. Pat. wurde genesen entlassen. 1913 nach der Geburt des vierten Kindes erneute psychische Erkrankung. Die Entbindung verlief leicht, das Wochenbett war normal.

Bei der Aufnahme Temp. 37,5°.

13. 12. 13: Pat. war verhältnismäßig ruhig, wurde aber bald recht lebhaft, sträubt sich zu baden, machte allerhand Bewegungen und Grimassen. Singt, lacht und weint durcheinander, schwätzt unzusammenhängend oft in Reimen und selbstgebildeten Worten: „Ich bin die Energischste, Edelmann, Bedelmann, abrasiert, ach wie hungrig, ach wie bäurisch." Pat. fiel durch eigenartige Klangassoziationen auf. Alles, was in der Umgebung gesprochen wurde, griff sie auf und wandelte es nach allen Richtungen in sinnlosester Weise ab.

Turnte und sprang im Bett herum, beging allerlei sinnlose Handlungen.

16. 12.: Immer noch sehr unruhig, laut, schimpft gemein, läuft nackt durch den Saal, lacht, singt, weint durcheinander: 1, 2, 3, 4, 5, 6, evangelisches Kirchenbuch, Gesang, Kirche usw. Hüpft auf den Knien durch den Saal.

26. 1. 1914: Ist immer noch in der gleichen psychomotorischen Unruhe. Im Bad kaum zu halten. Spritzt mit Wasser und schläg viel Krach.

5. 2.: Ständig unruhig, fährt plötzlich erregt in die Höhe, droht mit der Faust in eine Ecke und ruft: „Raus hier!" Andern gegenüber meist ablehnend.

25. 2.: Singt heute den ganzen Tag lateinische Kirchenresponsorien, steht dabei mit ausgebreiteten Armen und geschlossenen Augen im Bett oder in der Badewanne.

Im April wird Pat. langsam ruhiger und kann mit Näharbeiten beschäftigt werden. Am 4. Mai während der Visite sehr aufgeräumt. Begrüßt alle freundlich, erkundigt sich nach dem Befinden der Aerzte, freut sich, daß es gut geht. Ihr selbst, meint sie, gehe es ja auch recht gut, sie sei jetzt recht zufrieden. Wenn sie nur etwas Beschäftigung habe, könne sie sich gut schicken.

25. 5.: Steht auf, ist ruhig und geordnet, noch leicht hypomanisch.

28. 5.: Ruhig und krankheitseinsichtig.

30. 5. 1914: Genesen entlassen.

Katamnese: Körperliches und geistiges Befinden der Patientin sind gut. Hat nicht wieder geboren. 1933 eine Magenoperation. Keine weiteren Folgen. Pat. ist seit 1918 als Hausmeisterin einer Schule beschäftigt und ist ihrer Arbeit vollauf gewachsen.

7. Fall: Christine R., geboren am 2. 11. 1896.

Keine hereditäre Belastung. Normale Entwickelung. Zeigte heiteres Temperament, war der Sonnenschein des Hauses und lernte gut. 1922 Heirat. Ehe sehr glücklich. 14. 1. 1924 erste Entbindung. Geburt dauerte lange, es bestand auch Temperatur. Danach Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen. Pat. führte ängstliche Reden, sie müsse sterben, sie müsse operiert werden, sie würde von Männern gefressen. Sie bekam zeitweise Zustände (2 Tg. p. p.), in denen sie unorientiert und verwirrt war, schrie, tobte und Gegenstände zerstörte. Am 29. 1. Ueberführung in die Anstalt. Es bestand eine beiderseitige Lungenentzündung. Pat. war völlig verwirrt, redete ununterbrochen durcheinander und war in ständiger Bewegung.

Am 2. 2. etwas ruhiger, ließ sich jedoch im Gespräch nur schlecht fixieren, redete noch viel durcheinander und erwies sich persönlich, örtlich und zeitlich nicht orientiert. Sie saß im Bett, hielt den Zipfel der Bettdecke krampfhaft im Arm und wiegte ihn wie ein kleines Kind hin und her. War wiederholt unrein.

In der Folgezeit besserte sich die Lungenentzündung und Pat. wurde ruhiger. Am 28. 2. 24 wurde sie, noch nicht wiederhergestellt, gegen ärztlichen Rat von den Angehörigen abgeholt.

1926 zweite Entbindung. Normal. Einige Zeit später zeigte sich bei der Patientin Interesselosigkeit an der Arbeit. Sie war in weinerlicher Gemütsverstimmung, später kamen Verfolgungsideen und starke Unruhe bis zu Tobsuchtsanfällen hinzu. Verweigerte die Nahrung.

3½ Monate pos partum, am 6. 5. 1926 erfolgte Aufnahme in die Anstalt. Pat. hatte bis dahin gestillt. Temp. 37,8°.

In der ersten Zeit ihres Anstaltsaufenthaltes sprach Pat. fast nichts. War viel außer Bett. Warf sich im Bett unruhig hin und her. Körperliche und neurologische Untersuchung ohne Besonderheiten.

Schon am 15. 5. wurde Pat. wesentlich freier, zeigte Anteilnahme an ihrer Umgebung, aß gut und sprach sich über ihre Erkrankung aus. Schuld an dieser gab sie ihrer Schwiegermutter, die immer grob zu ihr gewesen sei, was sie sich sehr zu Herzen genommen hätte.

In den nächsten Tagen bezog sie verschiedentlich die Unterhaltung von Mitkranken auf sich.

Gegen Ende des Monats wurde sie völlig frei, zeigte normale Stimmungslage, unterhielt sich nett und einsichtig: „Nach jedem Wochenbett bekomme ich so komische Zustände, da werde ich ängstlich und fühle mich beeinträchtigt. Jetzt ist aber alles wieder vorbei."

3. 6.: Hat sich weiter gut gehalten, geordnet, gleichmäßige Stimmung, einsichtig. Wird genesen entlassen.

Katamnese: Nach Angabe des Bruders der Pat. traten bei dieser in den ersten drei Jahren nach der Entlassung noch zeitweise Störungen ein, Depressionszustände, die nach kurzer Zeit schwanden, vielleicht mit dem Tode ihres Mannes zusammenhängend.

Seit 1929 sind keinerlei Störungen irgendwelcher Art beobachtet worden. Pat. kann ihren Haushalt vollauf versorgen.

8. Fall: Anna S., geboren am 23. 5. 1902.

Keine hereditäre Belastung, normale Entwickelung, gutmütig und lebhaft. Volksschule mit gutem Erfolg.

1925 Heirat, Ehe ist glücklich, 1926 nach der ersten Entbindung, welche ebenso wie das Wochenbett normal verlief, zeigten sich Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Sinnestäuschungen. Schließlich Tobsuchtsanfälle und völlige Verwirrtheit. Zehn Tage post partum Aufnahme in die Anstalt. Pat. war unruhig erregt, widerstrebend, häufig vollkommen verwirrt, sah Gestalten und beging unsinnige Handlungen. Oefter heitere Stimmung, küßte andere Kranke, tanzte mit ihnen, weinte dann wiederum und verlangte nach Hause. Selten zu einer Beschäftigung brauchbar. Nach anderthalbmonatiger Anstaltsbehandlung wurde Pat. gegen ärztlichen Rat vom Manne wieder nach Hause geholt.

Katamnese: Körperliches und geistiges Befinden seither gut. Hatte Februar 1937 eine Geburt, bei der Eklampsie auftrat und eine kurzdauernde eklamptische Psychose beobachtet wurde, die aber während des Krankenhausaufenthaltes abklang.

9. Fall: Gertrud B., geboren am 23. 3. 1880.

Keine hereditäre Belastung. Normale körperliche und geistige Entwickelung. 1896 Heirat. Ehe ist glücklich. Nach der ersten Entbindung 1897 war Pat. sechs Wochen lang geistesgestört. Es trat vollständige Genesung ohne Anstaltsbehandlung ein. Allerdings hat Pat. seitdem viel mit Kopfschmerzen zu tun. Pat. gebar noch dreimal ohne irgendwelche Folgen.

1913 erkrankte sie plötzlich am 6. September mittags mit Aufregungszuständen und Kopfschmerzen. Sie war ängstlich, zeigte sich aggressiv, hatte Sinnestäuschungen und religiöse Wahnideen. Angeblich dabei völlig orientiert. Ins Krankenhaus gebracht zeigte sie ein manisches Zustandsbild. Schrie, sang, lief nackt umher, zerriß das Bettzeug, griff an, redete ideenflüchtig, halluzinierte auch zeitweise. Körperliche und neurologische Untersuchung o. B.

Am 13. 9. 1913 Ueberführung in die Anstalt. Hier war sie in der ersten Zeit völlig desorientiert, verwirrt und häufig erregt. Hörte Stimmen, unterhielt sich mit diesen, sah Gestalten und produzierte massenhaft Wahnideen. Nach acht Tagen klang der Erregungszustand allmählich ab, war jedoch noch immer schwer zu fixieren. Zeitlich und örtlich noch nicht orientiert. Ref. sei „Elias aus dem Himmel". Zeitweise noch Halluzinationen.

Nach 14 Tagen Aufhellung des Bewußtseins, sprach sich über ihre Erkrankung aus und gab an, daß Kummer über einen Wortwechsel mit ihrem Mann, der Trinker war, und knappe Geldverhältnisse zu ihrer Krankheit geführt hätten. Nach vier Wochen war Pat. geordnet und klar. Nahm Anteil an ihrer Umgebung, beschäftigte sich fleißig und freute sich, wenn sie Besuche bekam. Erholte sich körperlich gut und hatte zehn Pfund zugenommen. Nach 1½ Monaten wurde Pat. mit völliger Krankheitseinsicht, genesen von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit, entlassen.

Katamnese: Körperlicher Zustand bis auf Alters- und rheumatische Schmerzen gut. War vor zwölf Jahren schwer krank an Rheumatismus und Ischias. Geistiges Befinden seit der Entlassung aus der Anstalt gut, manchmal etwas aufgeregt. Im übrigen versorgt Pat. ihren Haushalt selbständig und strickt viel.

10. Fall: Elisabeth S., geboren am 24. 1. 1880.

Keine Heredität. Die Anamnese ist sehr lückenhaft. Es wird angegeben, daß Pat. nach jeder Entbindung, viermal, kurzdauernde Verwirrtheitszustände hatte und deshalb dreimal in Anstalten war. 1925 erkrankte Pat. erneut. Sie hatte kurz vorher Typhus gehabt und befand sich zur Erholung bei ihrer Schwester. Nach sechsmonatiger Anstaltsbehandlung wurde Pat. genesen von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit entlassen.

Katamnese: Die Schwester der Pat. gab an, daß sich dieselbe seither körperlich und geistig wohl befindet und keine Anfälle mehr gehabt hat.

11. Fall: Jacoba B., geboren am 16. 9. 1873.

Vater der Pat. starb durch Suicid. Litt an Trunksucht und war sehr jähzornig. Ein Sohn der Pat. war 1929 einen Monat lang in der hiesigen Anstalt. Die anderen Kinder sind zum Teil sehr eigen.

Pat. entwickelte sich normal, heiratete mit 26 Jahren und gebar 12 Kinder, von denen noch 11 leben. Nach der neunten Entbindung 1912 trat vier Wochen später Irresein auf. Nach fünfmonatiger Anstaltsbehandlung wurde Pat. als genesen von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit entlassen.

In den nächsten Jahren blieb Pat. unauffällig. Sie hatte in ihrem landwirtschaftlichen Betrieb viel Unglück. Seit 1924 bestand bei ihr ein Gallenleiden, durch welches sie viel Schmerzen hatte. Ab 1929 war Pat. nicht mehr menstruiert. 1930 unterzog sich Pat. einer Gallensteinoperation. Seit der Zeit war sie dauernd schlaflos; eigen aber gutmütig. Sechs Wochen nach der Operation geriet Pat. plötzlich in freudige Erregung über den glücklichen Verlauf der Operation. Bewegungsdrang. Besuchte dauernd ihre Nachbarn. Erklärte, sie habe den lieben Gott gesehen, heute sei der höchste Feiertag, die Welt stehe still usw. Es müsse eine Danksagung für die Aerzte und Schwestern in die Zeitung gesetzt werden, sie werde alle, die ihr geholfen hätten, zu einem Festessen einladen. Geriet schließlich in tobsüchtige Erregung.

In die Anstalt gebracht, war Pat. in dauernder Unruhe, Rededrang in eintöniger, klagender Tonart, gestikulierte heftig dabei. Körperlich und neurologisch o. B.

Dieser Zustand hielt fünf Wochen an. Pat. wurde allmählich ruhiger. Es traten plötzlich Temperatur und Durchfall auf, wodurch Pat. sichtlich verfiel. Nach vierwöchiger Krankheit Exitus letalis an infektiösem Dickdarmkatarrh.

Zum Abschluß des Kapitels über die defektlos abgeheilten Psychosen seien hier noch die 14 Fälle angeführt, die ein depressives Zustandsbild aufwiesen. Bei 4 von diesen Fällen blieben die kamnestischen Untersuchungen ohne Erfolg und können daher auch nicht abschließend bewertet werden.

Von den restlichen 10 war bei 6 eine erbliche Belastung mit Geisteskrankheiten nachweisbar. In 4 Fällen traten Komplikationen bei der Geburt oder im Wochenbett auf. Ungenügende Ernährung und großer Blutverlust spielen dabei die Hauptrolle. In einigen Fällen werden psychische Momente wie Todesfälle oder unglückliche häusliche Verhältnisse als Ursache des depressiven Zustandes angegeben. In fast allen Fällen traten die depressiven Erscheinungen schon in der ersten Woche nach der Entbindung auf.

Bei den meisten liegt die Erkrankung über zehn Jahre zurück, der jüngste Fall acht Jahre.

Die Katamnese ergab bei allen günstige Resultate, so daß diese Depressionen wohl als einmalige, reaktive zu werten sind. Die Dauer der Anstaltsbehandlung schwankte zwischen einer Woche und vier Monaten. In einem Fall 2½ Jahre, was dadurch bedingt war, daß die Frau wegen des Deliktes der Kindestötung angeklagt war.

Anschließend an das Kapitel über die defektlos abgeheilten Psychosen soll die Besprechung der Fälle von manisch-depressivem Irresein angeschlossen werden. Insgesamt waren es 18, von denen 8 eine hereditäre Belastung aufwiesen.

Am häufigsten, 10 mal, wurden rein depressive Phasen des manisch-depressiven Irreseins beobachtet: 4 mal periodische Manien und 4 mal abwechselnd manische und depressive Zustandsbilder. Daß dem Wochenbett mit seinen endoktrinen Vorgängen wohl eine auslösende Rolle zuzuschreiben ist, geht daraus hervor, daß in 10 von den 18 Fällen die Psychose mehrmals im Puerpium manifest wurde, einmal sechs Wochen post partum beim Wiedereinsetzen der menses.

Diagnostische Schwierigkeiten entstehen da, wo die Psychose noch durch exogene Momente kompliziert wird und eine exogene Symtomfärbung annimmt. Wenn aber im späteren Leben, unabhängig von äußeren Schädlichkeiten, erneute manische oder depressive Phasen auftreten, wird man die Diagnose in diesem Sinne bekräftigen müssen. Bei allen hier angeführten Psychosen, die größtenteils über zehn Jahre zurückliegen, wurden mehrere Phasen beobachtet. Auffallend ist das Alter: 11 mal trat die Psychose erst nach dem 30. Lebensjahre zum ersten Male in Erscheinung.

Fassen wir das bisher Gesagte noch einmal kurz zusammen. Der Hauptwert bei dieser Arbeit wurde auf die katamnestischen Untersuchungen gelegt, um einen Ueberblick zu gewinnen, ob die im Wochenbett beobachteten Psychosen zu einem Defektzustand führten, oder ob eine restitutio ad integrum erfolgte.

Mit über 50 Prozent war die Schizophrenie als häufigste Psychose im Wochenbett vertreten. An zweiter Stelle standen die Psychosen, die im Gegensatz zur Schizophrenie als defektlos abgeheilt bezeichnet wurden. Das, was man davon als Puerperalpsychosen im engeren Sinne bezeichnen kann, läßt sich auf einige wenige Fälle einengen.

Dem manisch-depressiven Irresein kommt für das Wochenbett zahlenmäßig bei weitem nicht die Bedeutung zu, wie den vorher genannten Psychosegruppen, und eine endgültige psychiatrische Beurteilung ist wohl erst dann möglich, wenn ein phasenmäßiger Verlauf zu verzeichnen ist.

Abschließend mögen die Worte Panses (Erbfragen bei Geisteskrankheiten, Leipzig 1936) zitiert werden:

„Bei dem Zustandekommen einer geistigen Erkrankung lassen sich exogene und endogene Ursache niemals scharf voneinander trennen. Rein exogen und rein endogen sind doch nur die extremen Varianten einer Kette von Möglichkeiten, in denen äußere Noxe und Anlage in ihrer Wertigkeit auszuwiegen sind. Es ist sorgfältig abzuwägen, in welchem Verhältnis Manifestationsbereitschaft und Durchschlagskraft einer Anlage einerseits und Wirkungsstärke und Wirkungsart eines etwa auslösenden exogenen Faktors andererseits zueinander stehen."

Kurz sei noch eine Besprechung der restlichen im Wochenbett beobachteten Geistestörungen angeschlossen.

In den beiden Fällen von Epilepsie handelte es sich jedesmal um eine auffällige, anhaltende Verschlechterung des Geisteszustandes nach der Entbindung, so daß Anstaltsbehandlung erforderlich wurde.

Bei den drei Paralysen traten im Wochenbett Verstimmungszustände auf. In einem Falle wurde eine Malariakur unternommen und die Frau soweit wiederhergestellt, daß sie ihren Haushalt und ihre Kinder versorgen konnte. In den beiden anderen Fällen verlief die Katamnese ergebnislos.

Es bleiben noch die vier Fälle von angeborenem Schwachsinn und die drei Fälle von Psychopathie, bei denen länger dauernde psychogene Ausnahmezustände im Wochenbett beobachtet wurden. Im großen und ganzen kommt aber diesen Psychosen für das Wochenbett keine weitere Bedeutung zu.

Zum Schlusse dieser Arbeit möchte ich Herrn Provinzialobermedizinalrat Dr. Trapet, der mir bereitwilligst das Material der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg-Hau zur Verfügung stellte, und Herrn Provinzialmedizinalrat Dr. Winkel für die Anregung zu diesem Thema meinen herzlichsten Dank aussprechen.

Literatur

Bonhoeffer: Die exogenen Reaktionstypen. (Arch. f. Ps., Bd. 84.)

" Zur Frage der Klassifikation der symptomatischen Psychosen. (Berlin. Klin. W., 1908.)

" Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. (Handbuch d. Ps. v. Aschaffenburg, B. III/1).

Bostroem: Zur Frage der Auslösung endogener Psychosen durch äußere Faktoren. (M. m. W., 1933.)

Bumke: Die Auflösung der Dementia praecox. ((Klin. Wochenschrift, 1924).

" Lehrbuch der Geisteskrankheiten. (München 1924).

" Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Berlin 1298).

Handbuch der Geisteskrankheiten. (Bd. VII und IX.)

Engelmann: Ueber die kausale Bedeutung exogener Momente in der Aetiologie schizophrener Erkrankungen. (Arch. f. Ps., Bd. 84).

Ewald: Schizophrenie, Schizoid, Schizothymie. (Zeitschrift f. d. ges. N. u. Ps., Bd. 77.)

Fischer: Exogene Faktoren bei schiz. Psychosen. (Arch. f. Ps., Bd. 83).

Hoffmann: Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis (Berlin 1926)

Kahn: Versuch einer einheitlichen Gruppierung aller schizophrenen Aeußerungsformen des Irreseins. (Allg. Zeitschr. f. Ps., Bd. 84).

" Ueber die Bedeutung der Erbkonstitution für die Entstehung, den Aufbau und die Systematik der Erscheinungsformen des Irreseins. (Zeitschr. f. N. u. Ps., Bd. 74).

Kleist: Postoperative Psychosen. (Berlin 1916).

Kretschmer - Kehrer: Die Veranlagung zu seelischen Störungen. (1924).

Krisch Der heutige Stand der Lehre von den exogenen Reaktionstypen und deren klinische Auswertungsmöglichkeiten. (Monatsschr. f. Ps. u. N., Bd. 57).

" Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose. (Berlin 1920).

" Die organischen einschließlich der exogenen Reaktionstypen (Berlin 1930.)

" Die exogenen Reaktionstypen und das Dementia praecox-Problem. (Zbl. f. ges. N. u. Ps., Bd. 42).

Mauz Die Prognostik der endogenen Psychosen. (Leipzig 1930).

Meyer Die Puerperalpsychosen. (Arch. f. Ps., Bd. 48).

Moser: Grundsätzliches und Kritisches zur Endo- und Exogenese der Schizophrenien. (Arch. f. Ps., Bd. 81).

Panse: Erbfragen bei Geisteskrankheiten. (Leipzig 1936).

Popper: Der schizophrene Reaktionstypus. (Zeitschr. f. ges. N. u. Ps., Bd. 62).

Roemer: Zur nosologischen und erbbiologischen Beurteilung der Puerperalpsychosen. (Zeitschr. f. ges. N. u. Ps., Bd. 155).

Runge: Die Generationspsychosen des Weibes. (Arch. f. Ps., Bd. 48).

Schmittmann: Puerperalpsychosen. (Vortrag auf der Tagung der Psychiater der Rheinprovinz am 11. Dez. 1937 in Köln).

Schneider Psychiatrische Vorlesungen für Aerzte. (Leipzig 1934).

Schröder P.: Ueber Wochenbettpsychosen und unsere heutige Diagnostik. (Allg. Zeitschr. f. Ps. ,Bd. 104).

Siemerling: Ueber Graviditäts- und Puerperalpsychosen. (M. m. W., 1904).

Speer: Endogen oder reaktiv? (Zeitschr. f. N. u. Ps., Bd. 145).

Steinmann: Die Verursachung der Wochenbett-Psychosen. (Ref. Zbl. f. ges. N. u. Ps,. Bd. 78).

Lebenslauf

Ich, Maria H e ß, bin arischer Abstammung und wurde am 17. 7. 1910 als Tochter des Spediteurs Aloys Heß und seiner Ehefrau Josefa, geborene Harten, in Düsseldorf geboren.

An Schulen besuchte ich das Katholische Lyzeum in Kleve, die Frauenschule in Limburg an der Lahn und das Realgymnasium in Kleve, wo ich Ostern 1932 die Reifeprüfung ablegte. Meine vorklinischen Semester verbrachte ich in Würzburg, Graz und München. In München bestand ich im Wintersemester 1934/35 die medizinische Vorprüfung. Während der klinischen Semester war ich in Heidelberg und München, wo ich im Sommer 1939 das medizinische Staatsexamen abzulegen gedenke.